



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ALCOHOLIZACIÓN PERCUTÁNEA ABDOMINAL

Identificación del paciente

Nº Historia: DNI:
Apellido 1:
Apellido 2:
Nombre:
Sexo: F. Nacimiento:

Fecha:

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, publicada en el BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.

Usted tiene derecho a conocer en qué consiste el procedimiento al que va a ser sometido, los riesgos y beneficios de su realización. Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, esté adecuadamente informado de lo que se le va a realizar y de su consentimiento escrito al respecto. **Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá usted o su representante legal que firmar el consentimiento informado para realizar la intervención.** Antes de firmar, es importante que lea despacio y atentamente la información contenida en el mismo ya que firmado significa que ha sido adecuadamente informado sobre la intervención y nos autoriza a realizarla. Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor no dude en preguntarnos.

Firmar el presente consentimiento no le obliga a usted a realizar la intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee y de su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO PARA LA REALIZACIÓN DE ALCOHOLIZACIÓN PERCUTÁNEA ABDOMINAL

Se pone de manifiesto que el Dr./a: _____ del Servicio de RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA me ha informado del procedimiento o la intervención arriba indicada al que voy a ser sometido, de la necesidad de realizarlo, de su idoneidad y, en general, de los riesgos y beneficios de su realización. El procedimiento al que voy a ser sometido se resumen en:

La alcoholización percutánea, consiste en tratar un **tumor hepático** o un **quistes renal, del bazo o hepático mediante inyección de una cierta cantidad de alcohol** estéril para producir la destrucción de las células que forman la lesión.

Tras realizar una pequeña incisión en la piel (5 mm.) se pinchará esa zona con una aguja especial muy fina y, para evitar que le duela, se le pondrá anestesia local; si es necesario se realizará una sedación muy suave de manera que Ud. estará consciente durante todo el



servei

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE RADIOLOGÍA
VASCULAR
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ALCALÁ, 135, 1º
28009 MADRID, +34 689.038.751
WWW.SERVEI.ORG
SECRETARIA@SERVEI.ORG

procedimiento. En determinados casos, se le dejará colocado un pequeño catéter durante unos días.

Para minimizar los riesgos nos guiaremos durante la intervención con ecografía ó Tomografía Computarizada y durará aproximadamente entre 30 minutos y una hora.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

ALTERNATIVAS

En la actualidad la alternativa sería la intervención quirúrgica. En caso de los tumores hepáticos, otras alternativas (dependiendo de sus circunstancias personales) pueden ser la Quimioembolización, Radioembolización o terapias de ablación percutánea.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

LEVES:

Dolor, que generalmente es leve y pasajero, pero que en raras ocasiones puede ser más intenso.

Fiebre, generalmente transitoria y leve.

Sensación de “borrachera”, generalmente de poca intensidad.

GRAVES:

Hemorragia; a pesar de lo fina que es la aguja, puede ocurrir si se pincha un pequeño vaso, aunque en raras ocasiones. Generalmente suelen ceder, pero puede ser necesario realizar una intervención urgente

Abscesos, por infección de la zona destruida.

Colangitis, o inflamación de la vía biliar.

Muerte, debido a las complicaciones graves mencionadas. Aunque está reflejada en la literatura médica, es extremadamente excepcional que se produzca.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.

.....

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste.

Si está usted embarazada o en periodo de lactancia, comuníquelo al médico que le pidió la prueba o al personal de Radiodiagnóstico.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

DECLARO



Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de alcoholización percutánea y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO

Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D./Dña..... DNI.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)..... Firma

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./D^a. (Nombre y dos apellidos del paciente)_____ de _____ años de edad, con domicilio en _____ y DNI nº _____ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) _____ de (Nombre y dos apellidos del paciente) _____ REVOCO el consentimiento otorgado en fecha _____, para la realización de _____ y () deseo/ () no deseo proseguir el tratamiento.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____ Fdo. Dr/a: _____